

1. Identificação do cliente

Nome completo:					
Nome do Pai:			Nome da Mãe:		
Convênio / Assistência Médica:			Contato em caso de emergência (nome e telefone):		
Sexo:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:		Naturalidade:	
CPF Nº	RG Nº	Órgão Emissor:	UF	Data da emissão:	
Endereço residencial:			Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF	Telefones:	E-mail:		

2. Trabalho e formação escolar

Profissão/Cargo:	Empresa:
Nível de escolaridade/Nome da Escola:	Curso:

3. Outras informações

Medicamento:	Dosagem:
Medicamento:	Dosagem:
Medicamento:	Dosagem:
Medicamento:	Dosagem:

ORIENTAÇÕES BÁSICAS

1. As sessões de psicoterapia tem frequência semanal ou conforme acordado com seu terapeuta. Os dias da semana e horários são pré estabelecidos em comum acordo com o cliente.
2. Os honorários sofrem reajustes anuais, sempre no mês de Março.
3. No caso de atrasos por parte do cliente, a sessão terminará no horário pré estabelecido, sem acréscimo de tempo.
4. No caso de atraso do terapeuta, a reposição do tempo será imediata ou conforme conveniência do cliente.
5. Cancelamentos ou faltas devem ser comunicados com prazo mínimo de 24 horas. Caso contrário, as sessões serão consideradas como realizadas.
6. Os pagamentos das sessões podem ser por evento (Após cada sessão) ou mensais. No caso de pagamentos mensais, pedimos que os mesmos sejam feitos na última sessão do mês ou no primeiro dia útil subsequente à última sessão do mês.

São Paulo ____ de _____ de _____.

assinatura